

Meldung nach § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG) von Einrichtungen nach § 33 Nr. 1-3 an das zuständige Gesundheitsamt

Meldende Einrichtung:

Name der Einrichtung Wählen Sie ein Element aus.	
Name, Vorname der Einrichtungsleitung Wählen Sie ein Element aus.	
Straße, Hausnummer Wählen Sie ein Element aus.	
Postleitzahl Wählen Sie ein Element aus.	Ort Wählen Sie ein Element aus.
Erreichbarkeit (Telefon) Wählen Sie ein Element aus.	E-Mail-Adresse Wählen Sie ein Element aus.

Zu meldende betreute Person:

Name, Vorname Wählen Sie ein Element aus.	
Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr) Wählen Sie ein Element aus.	
Name(n), Vorname(n) Sorgeberechtigte(n) Wählen Sie ein Element aus.	
Straße, Hausnummer Wählen Sie ein Element aus.	
Postleitzahl Wählen Sie ein Element aus.	Ort Wählen Sie ein Element aus.
Erreichbarkeit (Telefon) Wählen Sie ein Element aus.	E-Mail-Adresse Wählen Sie ein Element aus.

Der Nachweis über einen ausreichenden Masernschutz wurde nicht fristgerecht vorgelegt.

Die zu meldende betreute Person/ deren Sorgeberechtigte wurde/n darüber unterrichtet, dass die Leitung der Einrichtung aufgrund fehlender ärztlicher Zeugnisse oder Nachweise personenbezogene Daten an das zuständige Gesundheitsamt übermittelt.

Ort, Datum

Unterschrift Leiterin / Leiter der Einrichtung

Stempel der Einrichtung